

Samband mellan självbild och ätstörningssymptom i ett finländskt sampel



Wilma Nurminen, 38014

Pro gradu-avhandling i psykologi

Handledare: Rasmus Isomaa

Fakulteten för humaniora, psykologi

och teologi

Åbo Akademi

Åbo, 2020

**ÅBO AKADEMI – FAKULTETEN FÖR HUMANIORA, PSYKOLOGI OCH
TEOLOGI**

Ämne: Psykologi	
Författare: Wilma Nurminen	
Titel: Samband mellan självbild och ätstörningssymptom i ett finländskt sampel	
Handledare: Rasmus Isomaa	
<p>Abstrakt: Tidigare forskning tyder på att självbild har ett samband med ätstörningssymptom och kan inverka på uppkomst eller upprätthållande av ätstörningar. Trots detta finns det få studier som har undersökt detta i ett finländskt sampel. I den föreliggande studien undersöktes ifall det finns ett samband mellan ätstörningssymptom och negativ självbild i ett finländskt sampel. Avsikten var att undersöka och jämföra samband mellan olika aspekter av självbild och ätstörningssymptom hos ett kliniskt sampel och ett icke-kliniskt sampel. Mätinstrument som användes i undersökningen var Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA) och Structural Analysis of Social Behavior (SASB). Resultaten visade på att det finns ett signifikant samband mellan negativ självbild och ätstörningssymptom. Sambandet var starkare bland det kliniska samplet och bland kvinnor i det icke-kliniska samplet i jämförelse med män i icke-kliniska samplet. Det kliniska samplet hade överlag en mer negativ självbild med låga värden på de positiva klustren och höga värden på de negativa klustren i jämförelse med det icke-kliniska samplet. Det kliniska samplet hade även mera ätstörningssymptom enligt alla fyra underskalor i EDE-Q (restriktion, ätbekymmer, kropps- och figurbekymmer samt viktbekymmer) jämfört med det icke-kliniska samplet. Det kliniska samplet hade också sämre psykosocialt fungerande (CIA) i jämförelse med det icke-kliniska samplet. Det kunde även noteras skillnader inom det icke-kliniska samplet, där kvinnor rapporterade mer bekymmer med ätstörningssymptom, lägre värden i de positiva klustren och högre värden i de negativa klustren i jämförelse med män. Framtida forskning kunde fokusera på att utveckla behandlingsmetoder av ätstörningssymptom genom att inkludera självbild som en faktor i tillfrisknandeprocessen.</p>	
Nyckelord: ätstörningssymptom, självbild, structural analysis of social behavior, eating disorder examination questionnaire, clinical impairment assessment questionnaire	
Datum: 31.03.2020	Sidantal: 33

Förord

Åbo, mars 2020

Med denna avhandling avslutar jag mina studier i psykologi vid Åbo Akademi. Jag vill rikta ett stort tack till min handledare, Rasmus Isomaa, som möjliggjorde undersökningen i avhandlingen och var ett stort stöd under processens gång. Tack Rasmus för all din kunskap och hjälp, speciellt inom statistikdelen.

Jag vill också rikta ett stort tack till min familj och mina vänner för all kärlek och stöd, speciellt Jenny och Robin. Er konstruktiva kritik, vishet och framför allt er uppmuntran har betytt mer än jag någonsin kan lägga i ord.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRAKT

FÖRORD

INLEDNING	1
Självbild och ätstörningar	2
SASB-modellen.....	3
Syftet med undersökningen.....	4
METOD.....	5
Procedur	5
Sampel	5
Mätinstrument	8
Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q).....	8
The Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA).....	9
Structural Analysis of Social Behavior (SASB).....	9
RESULTAT	10
Jämförelse mellan samplen enligt EDE-Q och CIA.....	10
Jämförelser mellan samplen enligt SASB	12
Samband mellan självbild och ätstörningssymptom	13
DISKUSSION.....	16
Undersökningens begränsningar	17
Sammanfattning och rekommendation	18
REFERENSER	20
BILAGOR	24

Inledning

Ätstörning är en världsomfattande komplex psykopatologi som kan ha allvarliga fysiska och psykiska konsekvenser. Ätstörningar kännetecknas generellt av stört ätande eller stört beteende gällande viktkontroll, som sedan resulterar i klinisk signifikant försämring av individens fysiska hälsa och psykosociala fungerande (5e upplagan; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Det förekommer flera olika typer av ätstörningar. De mest förekommande är anorexia nervosa (AN), bulimi nervosa (BN), hetsättningsstörning (eng. *binge eating disorder*, BED) och andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom (eng. *other specified feeding and eating disorders*, OSFED). AN kännetecknas av självsvält och en intensiv rädsla hos individen att gå upp i vikt medan BN kännetecknas av återkommande episoder av hetsätning som individen kompenserar med olika beteenden för att inte gå upp i vikt (Clinton & Norring, 2002). BED har liknande drag som BN, fränsett att det hos individer med BED saknas ett kompensatoriskt beteende och individer med BED tenderar att vara överviktiga (Fairburn & Wilson, 1993). Den vanligaste ätstörningsdiagnosen är OSFED, tidigare känd som ätstörning utan närmare specifikation (eng. *eating disorder not otherwise specified*, EDNOS). Till OSFED hör kliniskt betydelsefulla ätstörningar som kännetecknas av ångestfyllda ätstörningssymptom som inte uppfyller alla kriterier för en ätstörning (Lindvall-Dahlgren, Wisting & Rø, 2017). I Finland är livstidsprevalensen för AN 2.2 % (Keski-Rahkonen et al., 2007) och för kvinnor med BN 2.3 % (Keski-Rahkonen et al., 2008). Resultaten i en finländsk studie visade att livstidsprevalensen för kvinnor i 18 års ålder med AN var 2.6 %, med BN 0.4 % och med EDNOS 9.0 % (Isomaa, Isomaa, Marttunen, Kaltiala-Heino & Björkqvist, 2009). Tidigare studier visar att vanligaste åldern för insjuknande bland kvinnor med AN är 15 – 19 år och bland kvinnor med BN 20 – 24 år (Hoek & van Hoeken, 2003).

Ätstörningar har en tendens att vara kroniska och de höjer även risken för andra hälsorelaterade svårigheter som till exempel övervikt, självmordsförsök, ångeststörningar och substansmissbruk (Stice & Shaw, 2004). Ifall ätstörningen varar under flera års tid är medicinska problem nästan omöjliga att undgå (Castro, 2003) och i värsta fall kan de leda till döden (Klump, 2003). Det finns studier som tyder på att ätstörningar är den psykopatologi med högst dödlighet (Crow et al., 2009). Även när individen har tillfrisknat från ätstörningen kan det kvarstå medicinska problem, exempelvis problem med benskörhet hos individer som varit underviktiga (Crow & Peterson, 2003). Ätstörningar medför inte enbart ett stort lidande hos de individer som drabbas, utan det är även tungt för anhöriga (Favaro, 2003). Sammantaget visar detta nödvändigheten av att upptäcka ätstörningar i ett så tidigt skede som

möjligt och omedelbart vidta preventiva åtgärder. För att upptäcka ätstörningar i ett tidigt skede krävs mer förståelse och kunskap gällande eventuella riskfaktorer som kan leda till utvecklingen av ätstörningar (Clinton och Norring, 2002). Tidigare studier har lagt fokus på ett multifaktoriellt synsätt där en blandning av biologiska, sociokulturella och psykologiska faktorer anses påverka utvecklingen av ätstörningar (Klein & Walsh, 2004). Olika riskfaktorer för ätstörningar har i tidigare studier konstaterats vara till exempel genetisk predisposition, olika personlighetsdrag, traumatiska händelser och socioekonomisk status (Treasure, Duarte & Schmidt, 2020). Det finns även en växande mängd forskning som tyder på att individer med ätstörningar uttrycker mönster av otrygg anknytning, försämrade interpersonella förmågor och en negativ självbild i jämförelse med normalpopulationen. Tidigare forskning har identifierat dessa faktorer som risk- eller upprätthållande faktorer för ätstörningar, vilket tyder på att de även kan ha en inverkan på utvecklingen av ätstörningar (Forsén Mantilla & Birgegård, 2015).

Självbild och ätstörningar

Självbild kan ha en betydande inverkan som risk- eller upprätthållande faktor vid utvecklingen av ätstörningar (Björck, 2006). I allmänhet anses självbild vara den uppfattning en person har av sig själv och definitionen skiljer sig från de närliggande begreppen självförtroende och självkänsla (Egidius, 2008). Med självförtroende avses den tilltro individen har till sin egen förmåga att kunna prestera, och med självkänsla avses bilden av den egna personens värde (Språkdata, 2003). Begreppet självbild går att förstå utgående från den interpersonella teorin som grundar sig på att både personlighet och psykopatologi formas av interaktioner mellan personer (Armeliu & Armeliu, 2010). Enligt interpersonella teorin formas även individens självbild i interaktion med primära anknytningspersoner, där innebörden av interaktionen påverkar framtida interpersonella beteenden (Forsén Mantilla & Birgegård, 2015). En interaktion mellan individer beskrivs som en transaktion av ömsesidighet, vilket innebär att individens beteende är både en respons på någon annans beteende och en stimulus för dennes beteende (Armeliu & Armeliu, 2010).

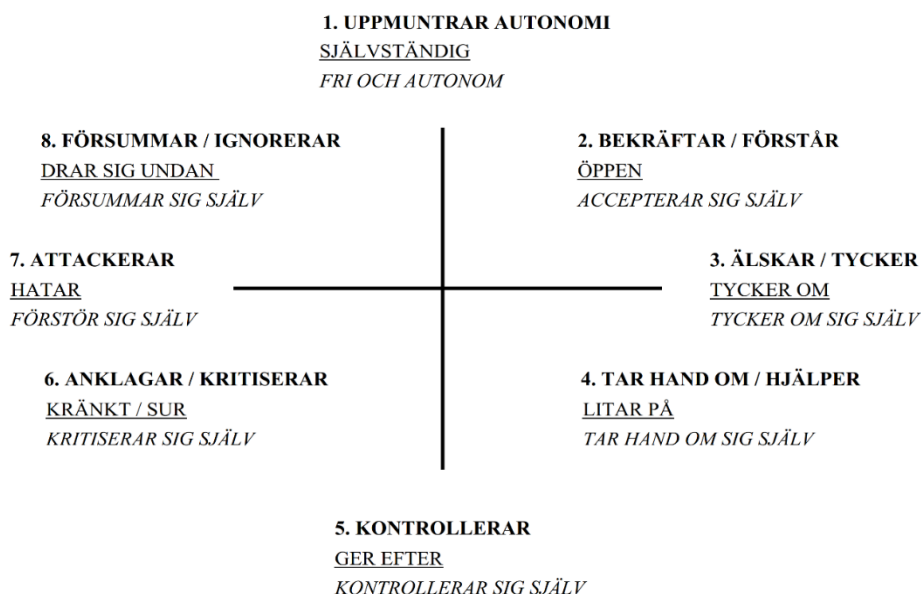
Tidigare studier bekräftar nyttan och vikten av att inkludera självbild i forskning om ätstörningar. Individer med ätstörningar har en mera negativ självbild i jämförelse med friska kontrollpersoner (Björck, Clinton, Sohlberg, Hällström & Norring, 2003). I en studie noteras ett samband mellan ätstörningssymptom och negativ självbild. Resultaten tyder på att speciellt faktorer som skuldsättning av sig själv och negativ självbekräftelse är relaterade till typiska ätstörningssymptom som till exempel kroppsmissnöje och restriktivt ätbeteende (Forsén Mantilla, Bergsten & Birgegård, 2014). En negativ självbild påverkar den

terapeutiska alliansen, behandlingsutfall och behandlingsavbrott (Forsén Mantilla & Birgegård, 2015).

SASB-modellen

I denna avhandling kommer självbild undersökas med hjälp av SASB-modellen som är en av många metoder för undersökning av självbild. The Structural Analysis of Social Behavior (SASB) är en modell utvecklad av Lorna Smith Benjamin (Benjamin, 1974) som används för att undersöka och mäta interpersonella beteenden och växelverkan (Benjamin, Rothweiler, & Critchfield, 2006). Modellen baserar sig på interpersonell teori och anknytningsteori samt omfattar bland annat individens självbild.

SASB-modellen är en klustermodell uppbyggd kring två axlar. Det finns en horisontell axel och en vertikal axel som båda representerar grundläggande interpersonella dimensioner. Den horisontella axeln står för dimensionen *affiliation* som sträcker sig från “vänlighet” eller “kärlek” till “fientlighet” eller “hat”. Den vertikala axeln står för dimensionen *beroende/oberoende* som sträcker sig från “autonomi” till “kontroll” och beskriver hur självständig en person är (Benjamin, 2003). De interpersonella beteendena är uppdelade i åtta kluster placerade i en cirkel runt de två axlarna, vilket gör det möjligt att beskriva beteenden utifrån grad av affiliation respektive grad av beroende/oberoende. SASB-modellen innehåller även tre ytor där varje yta representerar ett specifikt fokus på den interpersonella växelverkan (Nevel & Sohlberg, 1999). Den första ytan fokuserar på hur en individ agerar mot någon annan (transitiv fokus) och den andra ytan fokuserar på hur en individ reagerar på någon annans beteende (intransitiv fokus). Den tredje ytan kan ses som individens självbild och fokuserar på handlingar som individen har internaliserat mot sig själv (introjektion). I de åtta klustren har varje yta ett specifikt interpersonellt beteende (klustervariabler).



Figur 1. Klusterversion av SASB-modellen. Fet stil = fokus agerar, understruket = fokus reagerar, kursiv stil = självbild. Ur Armelius & Armelius, 2010, sid. 5; Benjamin, 1993, sid. 54.

Huvudsakligen kännetecknas normala interaktioner och en normal självbild av höga värden av positiva beteenden (kluster 2, 3 och 4), låga nivåer av negativa beteenden (kluster 6, 7 och 8) och måttliga nivåer av kluster 1 och 5 (Benjamin, 2003).

SASB-modellen kan användas för att undersöka grupper eller individer. Bedömningen kan ske genom observation (1), genom att individen själv fyller i SASB-självskattningsformuläret (2) eller genom att en utomstående bedömer och fyller i SASB-frågeformuläret (3) (Benjamin et al., 2006). I enlighet med tidigare forskning om samband mellan självbild och ätstörningar kommer den föreliggande undersökningen enbart att använda SASB-modellens tredje yta, självbild.

Syftet med undersökningen

Syftet med föreliggande undersökning var att undersöka ifall det finns ett samband mellan ätstörningssymptom och negativ självbild i ett finländskt sampel. Avsikten var således att undersöka och jämföra samband mellan olika aspekter av självbild och ätstörningssymptom hos ett kliniskt sampel och ett icke-kliniskt sampel. Undersökning av samband mellan ätstörningssymptom och självbild är väsentligt för att bättre förstå ätstörningars komplexa etiologi. Det kan till exempel bidra till kunskap om vem som är i riskzonen att potentiellt insjukna i en ätstörning eller också ge vägledning för att effektivisera behandling av individer

med ätstörningar. Även om det finns tidigare forskning som tyder på ett samband mellan ätstörningar och negativ självbild, finns det få studier med ett finländskt sampel.

Metod

Undersökningen som görs i avhandlingen fungerar som en del av ett större projekt om självbild och ätstörningar som utförs vid Fredrikakliniken i Jakobstad.

Procedur

Till undersökningen samlades det in material från ett kliniskt och ett icke-kliniskt sampel. Materialet har samlats in av Fredrikakliniken, Syömishäiriökeskus i Helsingfors och Syömishäiriöyksikkö vid Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri i Seinäjoki.

Insamling och rekrytering av deltagare för det kliniska samplet började 2014 och de sista deltagarna rekryterades 2018. Under tidsperioden fick alla nya klienter vid klinikerna, som genomgått en utredningsperiod och konstaterats ha en ätstörning, information om undersökningen och möjlighet att delta. Deltagandet i undersökningen var frivilligt och baserade sig på informerat samtycke.

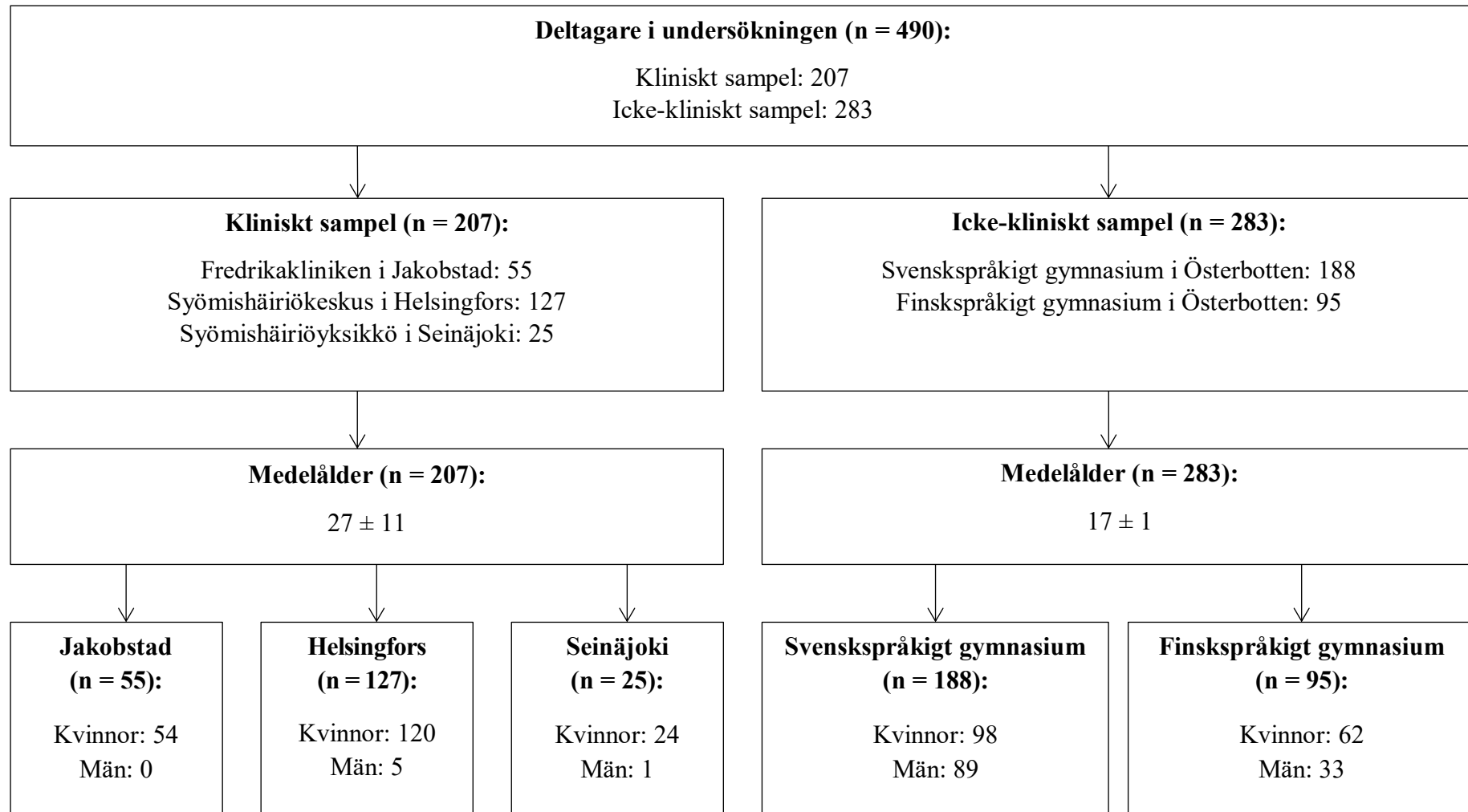
Insamling och rekrytering för det icke-kliniska samplet gjordes från två gymnasier i Österbotten, ett svenskspråkigt och ett finskspråkigt. Alla deltagare fick information om studien via ett foljebrev och möjligheten att delta var frivillig. Materialet samlades in under en skoldag i december 2015 och hade på förhand godkänts av skoldirektören och skolornas rektorer. Deltagarna i undersökningen var anonyma och svaren returnerades i slutna kuvert.

Sempel

I undersökningen deltog totalt 490 personer, varav 207 deltagare hörde till det kliniska samplet och 283 deltagare till det icke-kliniska samplet. Nedan följer en ingående beskrivning över samplen, där det kliniska samplet består av tre olika grupper och det icke-kliniska av två olika grupper. I fortsättningen av undersökningen behandlas det kliniska samplet som en grupp och det icke-kliniska samplet delas in i två grupper, ett med kvinnor och ett med män.

I det kliniska samplet ($n = 207$) var 55 deltagare från Fredrikakliniken i Jakobstad, 127 deltagare från Syömishäiriökeskus i Helsingfors och 25 deltagare från Syömishäiriöyksikkö i Seinäjoki. Samplet bestod till 97 % av kvinnliga deltagare. Information om kön saknas hos tre deltagare. Medelåldern för det kliniska samplet var 27 år. Det fanns signifikanta ålderskillnader mellan grupperna [$F_{(2, 477)} = 98.36, p < .001, \eta^2_p = .29$].

I det icke-kliniska samplet ($n = 283$) var 188 deltagare från det svenskspråkiga gymnasiet och 95 deltagare från det finskspråkiga gymnasiet. Det icke-kliniska samplet bestod till 57 % av kvinnliga deltagare. Information om kön saknades hos en svenskspråkig deltagare. Medelåldern för det icke-kliniska samplet var 17 år, och det fanns inga signifikanta åldersskillnader mellan grupperna. Svarsprocenten för de svenskspråkiga deltagarna är svår att avgöra eftersom det inte finns uppgifter om hur många som erbjöds möjligheten att svara på undersökningen. Svarsprocenten uppskattas ligga mellan 70 % till 80 %. En svenskspråkig klass erbjöds inte möjligheten att delta. Svarsprocenten för de finskspråkiga deltagarna var ca 80 %. Den finskspråkiga gymnasieskolan hade 120 elever och av dem svarade alla 95 som var på plats. I det icke-kliniska samplet finns en jämnare fördelning av kvinnor och män än i det kliniska samplet. Det huvudsakliga syftet med den föreliggande undersökningen var inte att undersöka könsskillnader, utan fokus låg på jämförelse av kliniska och icke-kliniska sampel. En närmare analys av könsskillnader i det icke-kliniska samplet finns publicerat i en pro gradu-avhandling gjord av Jenni Alatalo (Alatalo, 2019). Beslutet av att gruppera det icke-kliniska samplet baserat på kön gjordes eftersom det finns väldokumenterade könsskillnader i ätstörningssymptom mellan män och kvinnor och det kliniska samplet bestod så gott som enbart av kvinnor.



Figur 2. Flödesschema över deltagare i undersökningen

Mätinstrument

I den föreliggande undersökningen användes fyra olika självskattningsformulär. Ett självskattningsformulär bestod av frågor om deltagarens hälsotillstånd och om andra bakgrundsuppgifter. De andra formulären bestod av frågor angående deltagarens ätbeteende och ätstörningssymptom (EDE-Q), frågor angående hur deltagarens sociala fungerande påverkas av deltagarens ätbeteende (CIA) och frågor angående deltagarens självbild (SASB). Alla mätinstrument som använts i undersökningen finns som bilaga i slutet av avhandlingen.

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

Eating Disorder Examination Questionnaire (Bilaga 1) är ett självskattningsformulär som används för att mäta ätstörningssymptom och ätbeteende (Forsén Mantilla, Birgegård & Clinton, 2017). Självskattningsformuläret undersöker allvarlighetsgraden av ätstörningssymptom, vilket betyder att den mäter i hur stor grad deltagaren är bekymrad över kroppens utseende och vikt (Fairburn & Beglin, 2008; Fairburn & Beglin, 1994; Welch, Birgegård, Parling, & Ghaderi, 2011). Formuläret består av 28 påståenden angående ätstörningssymptom med fokus på de senaste 28 dagarna. Det finns även fem tilläggsfrågor där det t.ex. efterfrågas deltagarens vikt och längd. Formuläret innehåller fyra underskalor där varje påstående delas in i en underskala som möjliggör en bedömning av en specifik ätstörnings psykopatologi. Underskalorna är restriktion, ätbekymmer, kropps- och figurbekymmer samt viktbekymmer. Påståenden mäts med en Likertskala från 0 till 6, där 0 betyder ”inte alls” eller ”inga dagar” och 6 betyder ”markant” eller ”varje dag” (egen översättning). Högre värden indikerar högre grad av ätstörningssymptom (Fairburn & Beglin, 1994). Reliabiliteten för mätinstrumentet var god (Tabell 1).

Tabell 1.

Intern reliabilitet Cronbach's alfa (α) för EDE-Q mätinstrumentet i det kliniska samplet och icke-kliniska samplet uppdelat i kvinnor och män

EDE-Q underskalor	Kvinnor	Män	Kliniskt sampel
Restriktion	.88	.75	.81
Ätbekymmer	.85	.86	.76
Kropps- och figurbekymmer	.95	.88	.86
Viktbekymmer	.87	.78	.74
EDE-Q Total	.97	.93	.92

The Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA)

The Clinical Impairment Assessment Questionnaire (Bilaga 2) är ett självskattningsformulär som används för att mäta till vilken grad deltagarens psykosociala fungerande har förändrats till följd av ätstörningssymptom. Formuläret består av 16 påståenden med fokus på de senaste 28 dagarna. Dessa påståenden omfattar hur ätstörningsproblematiken påverkar olika psykosociala områden i deltagarens liv som till exempel humör, självuppfattning, kognitiv funktionsförmåga och interpersonellt fungerande. Påståenden mäts på en Likertskala från 0 till 3, där 0 betyder ”inte alls” och 3 betyder ”mycket” (egen översättning). Höga värden indikerar försämrat psykosocialt fungerande (Bohn & Fairburn, 2008). Reliabiliteten var god för både det kliniska samplet och det icke-kliniska samplet. Cronbach’s alfa (α) för det kliniska samplet var .93. Reliabiliteten för det icke-kliniska samplet har kombinerats och Cronbach’s alfa (α) var .96.

Structural Analysis of Social Behavior (SASB)

Structural Analysis of Social Behavior (Bilaga 3) är ett självskattningsformulär som används för att mäta deltagarens självbild. Formuläret innehåller 36 påståenden och varje påstående mäts på en Likertskala från 0 till 100, i intervaller om 10 poäng. En skattning på 0 innebär att påståendet inte alls stämmer och en skattning på 100 innebär att påståendet stämmer helt. Ifall deltagarens svar är mellan 50 och 100 stämmer påståendet och om svaret är mellan 0 och 40 stämmer det inte.

I denna undersökning har självbild undersökts med SASB-modellens tredje yta som fokuserar på att mäta deltagarens självbild (Benjamin et al., 2006). På tredje ytan i modellen finns klustervariabel 1 ”Fri och autonom” (eng. self-emancipation), 2 ”Accepterar sig själv” (eng. self-affirmation), 3 ”Tycker om sig själv” (eng. self-love), 4 ”Tar hand om sig själv” (eng. self-protection), 5 ”Kontrollerar sig själv” (eng. self-control), 6 ”Kritiserar sig själv” (eng. self-blame), 7 ”Förstör sig själv” (eng. self-hate), och 8 ”Försummar sig själv” (eng. self-neglect). I fortsättningen av avhandlingen beskrivs klustervariablerna som enbart kluster. Höga värden på kluster 6, 7 och 8 indikerar negativ självbild hos individen (Armeliu & Armeliu, 2010). Reliabiliteten för mätinstrumentet rapporteras i Tabell 2. Reliabiliteten var överlag god i de flesta klustren, förutom i kluster 1 hos alla sampel och kluster 5 hos män i det icke-kliniska samplet. Problem med reliabiliteten i klustren kan delvis förklaras till följd av instrumentets uppbyggnad. Motsvarande problem har även påvisats i andra studier (Forsén Mantilla, 2017).

Tabell 2.

Intern reliabilitet Cronbach's alfa (α) för SASB-mätinstrumentet i det kliniska samplet och icke-kliniska samplet uppdelat i kvinnor och män

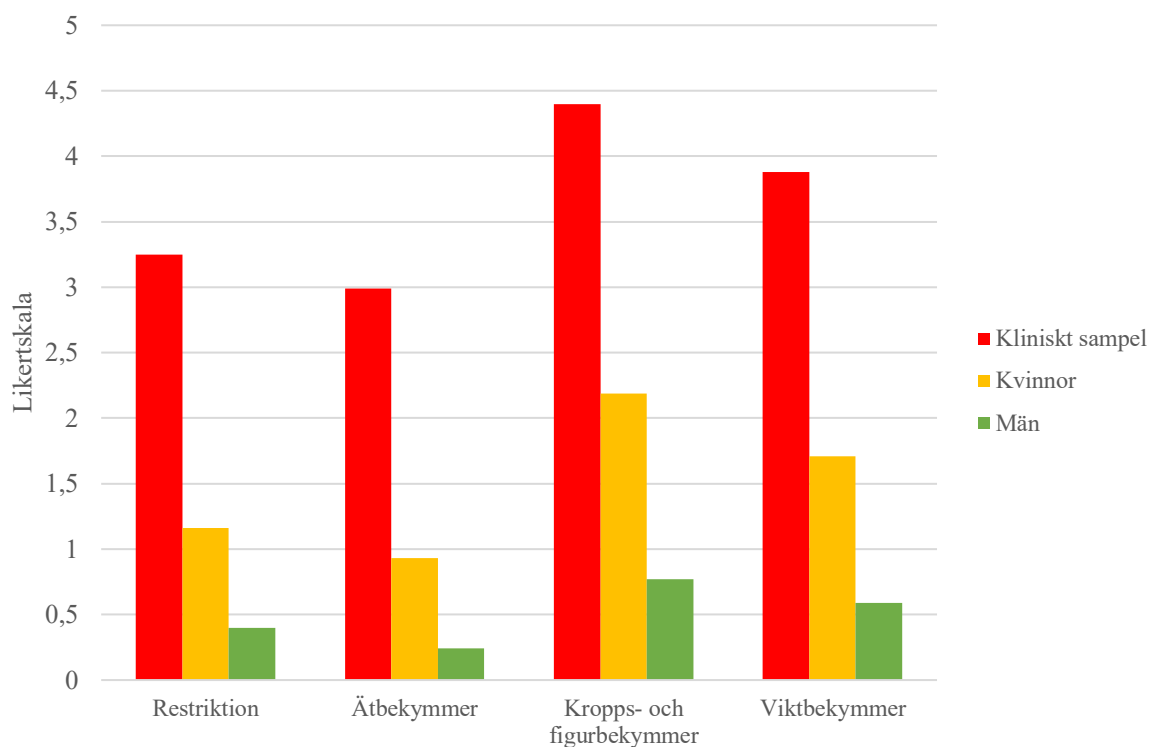
SASB-kluster	Kvinnor	Män	Kliniskt sampel
Kluster 1 "Fri och autonom"	.59	.41	.37
Kluster 2 "Accepterar sig själv"	.87	.85	.86
Kluster 3 "Tycker om sig själv"	.91	.85	.88
Kluster 4 "Tar hand om sig själv"	.79	.74	.72
Kluster 5 "Kontrollerar sig själv"	.77	.68	.77
Kluster 6 "Kritiserar sig själv"	.84	.79	.78
Kluster 7 "Förstör sig själv"	.86	.80	.81
Kluster 8 "Försummar sig själv"	.76	.75	.71

Resultat

Jämförelse mellan samplen enligt EDE-Q och CIA

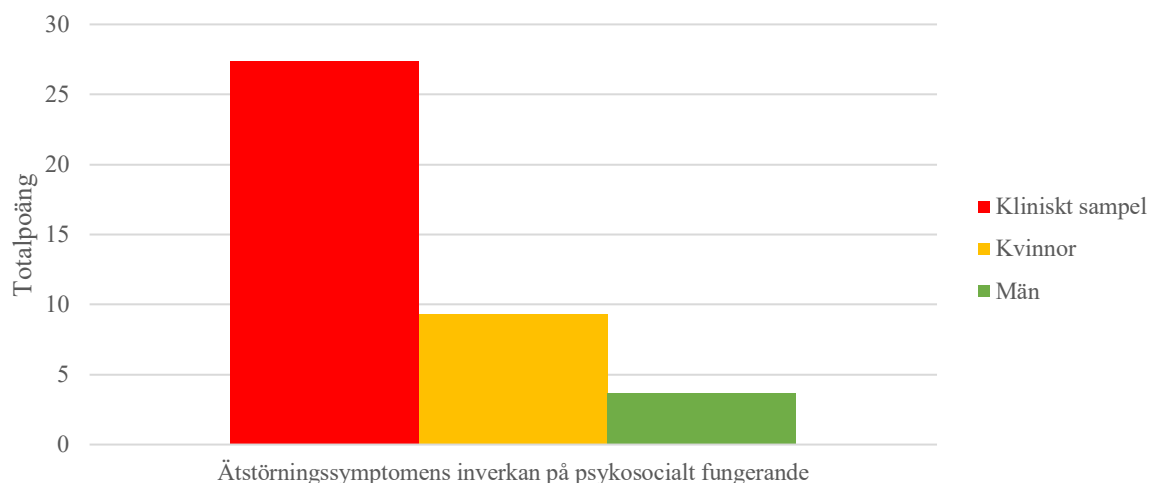
En multivariat variansanalys visade att det fanns skillnader i ätstörningssymptom enligt EDE-Q mellan det kliniska samplet och det icke-kliniska samplet (Figur 3). Skillnaden mellan samplen var signifikant [$F_{(8, 942)} = 42.70, p < .001, \eta^2_p = .27$]. Eftersom det fanns en signifikant åldersskillnad mellan samplen inkluderades ålder som kovariat i analysen. Ålder hade dock ingen signifikant effekt [$F_{(4, 470)} = 1.94, p < .103, \eta^2_p = .02$]. Det kliniska samplet hade genomgående högre värden än det icke-kliniska samplet på ätstörningsskalorna restriktion, ätbekymmer, kropps- och figurbekymmer samt viktbekymmer. Det fanns en signifikant skillnad mellan det kliniska samplet och icke-kliniska samplet gällande underskalan restriktion [$F_{(2, 473)} = 152.25, p < .001, \eta^2_p = .39$]. Detta innebär att det kliniska samplet begränsade sitt matintag mer än det icke-kliniska samplet. Det fanns en signifikant skillnad mellan det kliniska samplet och det icke-kliniska samplet beträffande underskalan ätbekymmer [$F_{(2, 473)} = 172.31, p < .001, \eta^2_p = .42$]. Detta innebär att det kliniska samplet i högre grad hade bekymmer med ätandet jämfört med det icke-kliniska samplet. Det fanns även en signifikant skillnad mellan det kliniska samplet och det icke-kliniska samplet gällande underskalan kropps-och figurbekymmer [$F_{(2, 473)} = 179.88, p < .001, \eta^2_p = .43$]. Detta innebär att det kliniska samplet hade mer bekymmer med kroppens utseende än det icke-kliniska samplet. Det fanns också en signifikant skillnad mellan de två samplen

angående underskalan viktbekymmer [$F_{(2, 473)} = 160.17, p < .001, \eta^2_p = .40$]. Detta innebär att det kliniska samplet hade mera bekymmer med vikten jämfört med det icke-kliniska samplet. Det kan även noteras att i det icke-kliniska samplet hade kvinnor mer problem med ätbeteende i jämförelse med män.



Figur 3. Medelvärde av ätstörningssymptom (EDE-Q) bland det kliniska samplet ($n = 201$) och icke-kliniska samplet med kvinnor ($n = 159$) och män ($n = 117$).

En univariat variansanalys med ålder som kovariat visade att det fanns skillnader i hur ätstörningssymptomen påverkat det psykosociala fungerandet (CIA) mellan det kliniska samplet och icke-kliniska samplet (Figur 4). Skillnaden mellan samplen var signifikant [$F_{(2, 463)} = 208.89, p < .001, \eta^2_p = .47$]. Detta betyder att i det kliniska samplet hade ätstörningssymptomen i högre grad påverkat deltagarnas fungerande i jämförelse med det icke-kliniska samplet. Ålder hade ingen signifikant effekt [$F_{(1, 463)} = 133.34, p < .230, \eta^2_p = .01$].

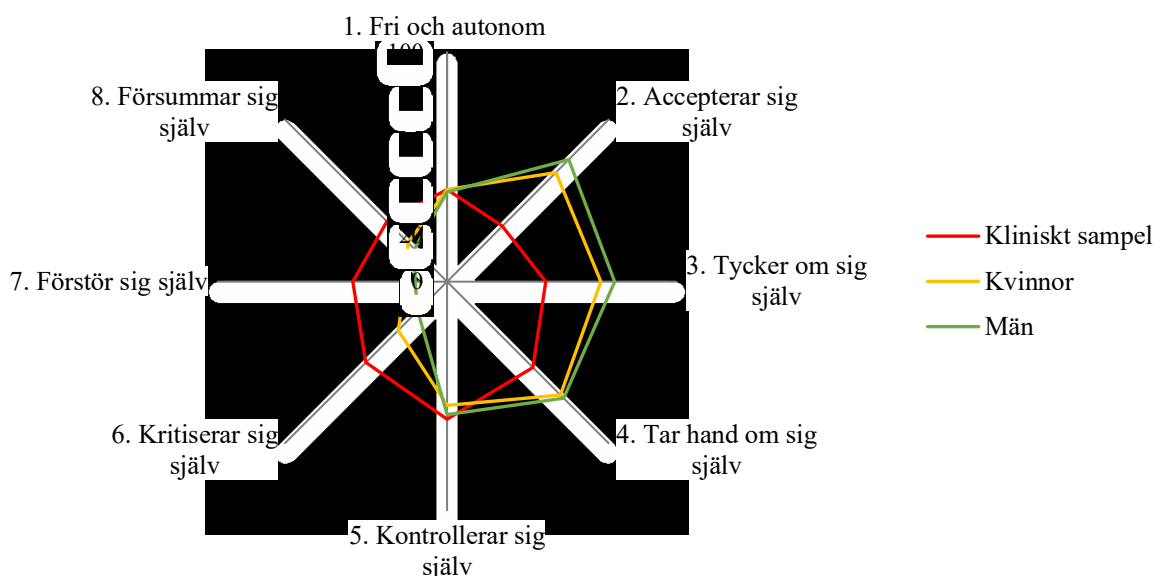


Figur 4. Medelvärdet av ätstörningssymptom (CIA) bland det kliniska samplet ($n = 201$) och icke-kliniska samplet med kvinnor ($n = 152$) och män ($n = 114$).

Jämförelser mellan samplen enligt SASB

Det fanns skillnader i självbild mellan det kliniska samplet och det icke-kliniska samplet (Figur 5). Den multivariata skillnaden mellan samplen var signifikant [$F_{(16, 930)} = 15.20, p < .001, \eta^2_p = .21$]. Det fanns en signifikant multivariat effekt av ålder i samplen [$F_{(8, 464)} = 2.89, p < .004, \eta^2_p = .05$]. Efterföljande univariata analyser visade att effekten främst fanns i kluster 3 ”Tycker om sig själv” [$F_{(1, 471)} = 8.17, p < .004, \eta^2_p = .02$] och kluster 6 ”Kritiserar sig själv” [$F_{(1, 471)} = 7.09, p < .008, \eta^2_p = .02$].

I det kliniska samplet fanns det en signifikant skillnad i de flesta klustren i jämförelse med det icke-kliniska samplet. Skillnaden mellan samplen var signifikant i kluster 2 ”Accepterar sig själv” [$F_{(2, 471)} = 126.82, p < .001, \eta^2_p = .35$], kluster 3 ”Tycker om sig själv” [$F_{(2, 471)} = 81.79, p < .001, \eta^2_p = .26$] och kluster 4 ”Tar hand om sig själv” [$F_{(2, 471)} = 47.95, p < .001, \eta^2_p = .17$]. Skillnaden mellan samplen var även signifikant i kluster 6 ”Kritiserar sig själv” [$F_{(2, 471)} = 69.15, p < .001, \eta^2_p = .23$], kluster 7 ”Förstör sig själv” [$F_{(2, 471)} = 66.06, p < .001, \eta^2_p = .22$], och kluster 8 ”Försummar sig själv” [$F_{(2, 471)} = 33.72, p < .001, \eta^2_p = .13$]. Detta innebär att det kliniska samplet hade överlag en mer negativ självbild med låga värden på de positiva klustren (2, 3 och 4) och höga värden på de negativa klustren (6, 7 och 8) i jämförelse med det icke-kliniska samplet. Det kan även noteras att i det icke-kliniska samplet hade kvinnor lägre värden i de positiva klustren och högre värden i de negativa klustren i jämförelse med män.



Figur 5. Självbild (SASB) bland det kliniska samplet ($n = 201$) och icke-kliniska samplet med kvinnor ($n = 158$) och män ($n = 116$)

Samband mellan självbild och ätstörningssymptom

En korrelationsanalys visade att det fanns ett signifikant samband mellan självbild och ätstörningssymptom för totala samplet (Tabell 3). Det fanns även en signifikant positiv korrelation till CIA mätinstrumentets totalpoäng, vilket innebär att ju mer ätstörningssymptom som samplet rapporterade desto mer bekymmer fanns det med psykosocialt fungerande. Analysen visade att det fanns en signifikant negativ korrelation mellan de positiva klustren (2, 3 och 4), vilket innebär att ju mer ätstörningssymptom deltagarna rapporterade desto mindre positiv var självbilden. En motsatt effekt kunde iaktas i de negativa klustren. Analysen visade att det fanns en signifikant positiv korrelation med de negativa klustren (6, 7 och 8), vilket innebär att ju mer ätstörningssymptom deltagarna rapporterade desto mer negativ var självbilden. Deltagare som i högre grad accepterade sig själv, tyckte om sig själv och tog hand om sig själv hade mindre ätstörningssymtom. Deltagare som i högre grad kritiserade sig själv, förstörde sig själv och försummade sig själv hade mera ätstörningssymtom.

En korrelationsanalys gjordes också skilt för det kliniska samplet och det icke-kliniska samplet där det kunde konstateras ett liknande mönster gällande sambandet, vilket innebär att ju mer ätstörningssymptom det rapporterades desto mer negativ var självbilden. I det icke-kliniska samplet var korrelationen mellan de olika klustren i SASB och totalpoängen i både EDE-Q och CIA starkare bland kvinnor än män

Tabell 3.

Korrelation mellan SASB-kluster och ätstörningssymptom i det totala samplet

SASB-kluster	EDE-Q Total	CIA Total
Kluster 1 "Fri och autonom"	-.05	-.07
Kluster 2 "Accepterar sig själv"	-.73**	-.75**
Kluster 3 "Tycker om sig själv"	-.65**	-.70**
Kluster 4 "Tar hand om sig själv"	-.47**	-.54**
Kluster 5 "Kontrollerar sig själv"	.22**	.25**
Kluster 6 "Kritiserar sig själv"	.67**	.70**
Kluster 7 "Förstör sig själv"	.65**	.70**
Kluster 8 "Försummar sig själv"	.53**	.56**

** $p \leq .01$

En regressionsanalys gjordes för det totala samplet med en stegvis metod där EDE-Q Total fungerade som beroende variabel och SASB-klustren som förklarande variabler. Den lämpligaste modellen (modell 4) i analysen innehöll kluster 2 "Accepterar sig själv", kluster 6 "Kritiserar sig själv", kluster 4 "Tar hand om sig själv" och kluster 8 "Försummar sig själv" (Tabell 4). Modellen förklarade 58 % (Adj. R^2) av variansen i ätstörningssymptom.

Tabell 4.

Resultat av regressionsanalys med ätstörningssymptom som beroende variabel för det totala samplet

Modell	Standardiserade Koefficienter		t	Sig.
	Beta			
Modell 1				
Kluster 2	-.73		-23.39	.00
Modell 2				
Kluster 2	-.52		-11.61	.00
Kluster 6	.28		6.30	.00
Modell 3				
Kluster 2	-.60		-10.99	.00
Kluster 6	.28		6.27	.00
Kluster 4	.11		2.57	.01
Modell 4				
Kluster 2	-.61		-11.15	.00
Kluster 6	.23		4.74	.00
Kluster 4	.16		3.40	.00
Kluster 8	.11		2.49	.01

Adj. $R^2 = .58$

Regressionsanalyser gjordes även skilt för det kliniska samplet och det icke-kliniska samplet. Den lämpligaste modellen i analysen för det kliniska samplet inkluderade kluster 2 "Accepterar sig själv", kluster 4 "Tar hand om sig själv", kluster 8 "Försummar sig själv" och kluster 5 "Kontrollerar sig själv". Självbildsklustren förklarade 39 % (Adj. R^2) av variansen i ätstörningssymptomen. Detta innebär att deltagare som hade låga värden i kluster 2 och 4 samt höga värden i kluster 5 och 8 hade mer ätstörningssymptom. I analysen för det icke-kliniska samplet inkluderade den lämpligaste modellen för kvinnor kluster 6 "Kritiserar sig själv" och kluster 3 "Tycker om sig själv". Självbildsklustren förklarade 39 % (Adj. R^2) av variansen i ätstörningssymptomen. Detta innebär att kvinnor med låga värden i kluster 3 och höga värden i kluster 6 hade mer bekymmer med ätstörningssymptom. För män inkluderade den lämpligaste modellen i analysen kluster 7 "Förstör sig själv" och kluster 2 "Accepterar sig själv". Självbildsklustren förklarade 17 % (Adj. R^2) av variansen i ätstörningssymptomen. Detta innebär att deltagare med höga poäng i kluster 7 och låga poäng i kluster 2 hade mer ätstörningssymptom.

Diskussion

Den föreliggande studien undersökte ifall självbild har ett samband med ätstörningssymptom hos ett kliniskt sampel i jämförelse med ett icke-kliniskt sampel. Undersökningens resultat visade att det fanns ett samband mellan självbild och ätstörningssymptom. I SASB-modellen kunde det konstateras att låga poäng i de positiva klustren och höga poäng i de negativa klustren visade ett samband mellan negativ självbild och ätstörningssymptom. Överlag hade det kliniska samplet mer bekymmer med ätstörningssymptom och negativ självbild i jämförelse med det icke-kliniska samplet. En hög grad av självkontroll och låg grad av självacceptans förklarade till stor del variansen i ätstörningssymptom. Samma mönster kunde tydas i alla sampel även om sambandet var starkare hos det kliniska samplet och i det icke-kliniska samplet hos kvinnor i jämförelse med män. Det fanns skillnader mellan självbildsklustren i det icke-kliniska samplet. För kvinnor fanns ett samband mellan ätstörningssymptom och självbild främst i kluster 3 ”Tycker om sig själv” och kluster 6 ”Kritiserar sig själv”. Detta innebär att ju mindre kvinnorna tyckte om sig själva och ju mer de kritiserade sig själva, desto mer bekymmer hade de med ätstörningssymptom. För män fanns ett samband mellan ätstörningssymptom och självbild främst i kluster 2 ”Accepterar sig själv” och kluster 7 ”Förstör sig själv”. Detta innebär att ju mindre männen accepterade sig själva och ju mer de förstörde sig själva, desto mer bekymmer hade de med ätstörningssymptom. Sambandet mellan ätstörningssymptom och självbild var ändå svagare hos män i det icke-kliniska samplet i jämförelse med de andra sampel. Självbildsklustren förklarade enbart 17 % av variansen i ätstörningssymptom. Detta innebär att ätstörningssymptom hos män sannolikt förklaras av andra faktorer än självbilda-relaterade. Även mindre varians i ätstörningssymptom bland männen kan ha bidragit till det svagare sambandet.

I alla EDE-Q underskalor hade det kliniska samplet generellt mera ätstörningssymptom i jämförelse med det icke-kliniska samplet. Det kunde även noteras att i det icke-kliniska samplet hade kvinnor mera svårigheter i samtliga kategorier i jämförelse med män. Mätinstrumentet EDE-Q visade att det kliniska samplet hade mera ätstörningssymptom enligt alla fyra underskalor, det vill säga restriktion, ätbekymmer, kropp- och figurbekymmer samt viktbekymmer. I det icke-kliniska samplet rapporterade kvinnor i högre grad bekymmer med ätstörningssymptom enligt de fyra underskalorna i jämförelse med män. I analysen med mätinstrumentet CIA hade det kliniska samplet större grad av försämrat psykosocialt fungerande i jämförelse med det icke-kliniska samplet.

Resultaten i föreliggande undersökning stämmer väl överens med tidigare forskning. På motsvarande sätt som i den föreliggande undersökningen visar tidigare studier att det finns ett samband mellan negativ självbild och ätstörningssymptom (Forsén Mantilla et al., 2014; Forsén Mantilla & Birgegård, 2015; Monell et al., 2015; Runfola et al., 2014). Sambandet gällde för både det kliniska samplet samt det icke-kliniska samplet och liknande resultat har även konstaterats bland insjuknade och friska individer i andra studier (Monell et al., 2015). Överlag visade resultaten i föreliggande undersökning att sambandet mellan negativ självbild och ätstörningssymptom var starkare hos kvinnor än män. Även detta är i linje med tidigare forskning (Forsén Mantilla et al., 2014).

Undersökningens begränsningar

Undersökningens resultat ger viktig information om samband mellan självbild och ätstörningssymptom. Resultaten i föreliggande undersökning bör ändå övervägas i samband med en del begränsningar.

En begränsning i undersökningen är att det kliniska samplet nästan enbart bestod av kvinnliga deltagare, vilket gör det svårt att generalisera resultaten. Det icke-kliniska samplet hade en jämnare fördelning mellan könen. Däremot bestod det icke-kliniska samplet av två gymnasier i Österbotten, vilket innebär att resultaten inte nödvändigtvis går att generalisera till andra orter i Finland. Eftersom det icke-kliniska samplet även till stor del bestod av ungdomar är det viktigt att ta i beaktande en viss åldersbegränsning i resultatens generaliserbarhet. Det behövs mera forskning inom ämnet för att se om resultaten är liknande i andra åldrar och med en större geografisk spridning. Däremot är det en styrka att det i den föreliggande undersökningen inkluderades ett kliniskt och ett icke-kliniskt sampel för att få tydligare jämförelser. Båda sampel bestod av en signifikant mängd deltagare för en godtagbar undersökning.

En annan begränsning i undersökningen är att det kliniska samplet inte bestod av tydliga diagnosgrupper av ätstörningar, vilket gör det svårt att dra slutsatser om sambandet mellan negativ självbild och olika ätstörningsdiagnoser. Det krävs mera forskning inom ämnet med tydligare ätstörningsdiagnoser i sampel för att kunna konstatera hur sambandet mellan negativ självbild ser ut bland olika ätstörningsdiagnoser.

Vid insamling av material till det kliniska samplet är det viktigt att ta i beaktande att materialet samlades in av olika testledare, vilket medför vissa begränsningar. Till exempel kan deltagare ha fått olika instruktioner vid testtillfällena, vilket kan ha en inverkan på resultaten. Däremot är den geografiska spridningen i det kliniska samplet en positiv attribut.

Det kliniska samplet visade överlag mer bekymmer inom alla områden i undersökningen. De hade mera ätstörningssymtom, försämrat psykosocialt fungerande och en mer negativ självbild i jämförelse med icke-kliniska samplet. Resultatet från EDE-Q i det icke-kliniska samplet påvisade även stora skillnader mellan kvinnor och män. Kvinnor hade i högre grad bekymmer med ätbeteende i jämförelse med män. I EDE-Q självskattningsformuläret som användes i undersökningen fokuserade vissa utav frågorna på strävan att gå ner i vikt, vilket kan vara mer idealiskt för kvinnor än män i dagens västerländska samhälle. Tidigare forskning tyder på att ätstörningssymptom framträder tydligare hos män i strävan efter en muskulös kropp, vilket präglas i det manliga kroppsidealet (Lavender, Brown, & Murray, 2017). Ifall självskattningsformuläret även innehöll frågor om exempelvis strävan efter en muskulös kropp kunde resultaten och könsskillnader se annorlunda ut.

En annan begränsning med undersökningen är att den finska versionen av självskattningsformuläret SASB som använts i undersökningen fortfarande är under konstruktion. Den finskspråkiga versionen har enbart testats ett fåtal gånger och även om det fungerat bra kan det finnas utrymme till förbättring i enskilda detaljer. I föreliggande undersökning var reliabilitetsvärdet lågt för SASB-kluster 1 "Fri och autonom" för alla sampel, vilket innebär att resultatet för kluster 1 bör tolkas med en viss reservation. Chronbach's alfa för alla sampel i kluster 1 var $<.70$, medan värdet borde vara $\geq .70$ för att vara acceptabelt. Problemet med reliabiliteten i klustren kan delvis förklaras genom instrumentets uppbyggnad (Forsén Mantilla, 2017).

Avslutningsvis bör även påpekas att föreliggande undersökning var en tvärsnittsstudie och inga direkta analyser av orsakssamband kunde genomföras. En negativ självbild kan ligga till grund för utveckling av ätstörning, men även ätstörning kan påverka självbilden i en negativ riktning. Undersökningens resultat bör således ses enbart som samband, inte följd och verkan.

Sammanfattning och rekommendation

Resultaten i den föreliggande undersökningen visar ett tydligt samband mellan en negativ självbild och ätstörningssymptom. Resultaten i undersökningen visar att sambandet mellan negativ självbild och ätstörningssymptom är starkare hos insjuknade individer (kliniska samplet) men det förekommer även ett samband hos friska individer och hos båda könen (icke-kliniska samplet). Resultaten tyder således på att en negativ självbild kan fungera som en riskfaktor vid utveckling av ätstörningssymptom. Information om riskfaktorer vid utveckling av ätstörningssymptom är till stor nytta i både förebyggande syfte och vid

behandling av ätstörningssymptom. Med SASB-modellen kan självbild undersökas och den ger information om vilka delar av självbilden som är negativ, vilket ger kunskap om vad som borde tas i beaktande vid förebyggande eller behandling av ätstörningssymptom. Individer som i högre grad accepterar sig själv, tycker om sig själv och tar hand om sig själv har mindre ätstörningssymptom i jämförelse med andra som inte gör det. På motsvarande sätt har individer som i högre grad kontrollerar sig själv, kritiserar sig själv, förstör sig själv och försummar sig själv mera ätstörningssymptom. Fortsatt forskning kunde fokusera på att utveckla och förbättra nuvarande behandlingsmetoder för ätstörningssymptom med att inkludera självbilden och dess olika kluster i tillfrisknandeprocessen. Mellan individer finns det variation i vilka självbildskluster som har starkare samband med ätstörningssymptom och kännedom om klustren kan vara till nytta i tillfrisknandeprocessen. Med tanke på att negativ självbild kan vara en riskfaktor vid utveckling av ätstörningssymptom även i normalpopulationen kunde fortsatt forskning fokusera på att arbeta med självbild i förebyggande syfte för att eventuellt kunna motverka utvecklandet av ätstörningssymptom. Eftersom resultaten i föreliggande undersökning även visade att en negativ självbild inte har en lika stor inverkan på ätstörningssymptom hos män kunde fortsatt forskning undersöka vilka andra faktorer som inverkar på utveckling av ätstörningssymptom hos män. Ytterligare kunde fortsatt forskning undersöka sambandet mellan negativ självbild och ätstörningssymptom i en större utsträckning i Finland, med till exempel jämnare åldersfördelning mellan kliniskt och icke-kliniskt sampel. I Sverige har det redan utförts en hel del studier kring ämnet men i Finland har det inte undersökts i lika stor omfattning.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att det finns ett samband mellan negativ självbild och ätstörningssymptom. Sambandet kunde visas i det totala samplet, även om sambandet var starkare hos det kliniska samplet i jämförelse med det icke-kliniska samplet. Detta tyder på att negativ självbild kan fungera som en riskfaktor vid utveckling av ätstörningssymptom. Information om vilka riskfaktorer som är inblandande vid utveckling av ätstörningssymptom är viktig eftersom den bidrar till mer kunskap om effektiva förebyggande åtgärder och behandlingsmetoder.

Referenser

- Alatalo, J. (2019). *Sambandet mellan ätstörningssymtom och självbild inom ett icke-kliniskt sampel*. [Pro-gradu avhandling, Åbo Akademi i Vasa].
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders* (5e upplagan). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Armeliuss, B., & Armeliuss, K. (2010). *SASB-modellen: En introduktion*. Opublicerat manuskript, Umeå: Umeå universitet.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392–425.
- Benjamin, L. S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. Guilford Press.
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. New York: The Guildford Press.
- Benjamin, L. S., Rothweiler, J. C., & Critchfield, K. L. (2006). The use of structural analysis of social behavior (SASB) as an assessment tool. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 83–109.
- Björck, C. (2006). *Self-Image and Eating Disorders*. Stockholm: Karolinska University Press.
- Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S., Hällström, T., & Norring, C. (2003). Interpersonal profiles in eating disorders: Ratings of SASB self-image. *Psychology And Psychotherapy: Theory, Research And Practice*, 76(4), 337-349.
- Bohn, K., & Fairburn, C. G. (2008). Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA 3.0). In C. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 315–317). New York: Guilford Press.
- Castro, J. (2003). Biological Abnormalities in Eating Disorders. In M. Maj, K. Halmi, J. J. López-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating Disorders* (pp. 216-217). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.

- Clinton, D., & Norring, C. (red.). (2002). *Ätstörningar: bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Crow, S. J., & Peterson, C. B. (2003). The Economic and Social Burden of Eating Disorders: A Review. In M. Maj, K. Halmi, J. J. López- Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating Disorders* (pp. 383-396). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Crow, S.J., Peterson, C.B., Swanson, S.A., Raymond, N.C., Specker, S., Eckert, E.D., Egidius, H. (2008). *Psykologilexikon*. Stockholm Natur och Kultur.
- Fairburn C, C.G., & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorder psychopathology: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. (2008). *Eating disorder examination questionnaire. Cognitive behaviour therapy and eating disorders*, New York: Guilford Press.
- Fairburn, C., & Wilson, G. (1993). *Binge eating*. New York: Guilford Press.
- Favaro, A. (2003). What About the Family Burden of Eating Disorders? In M. Maj, K. Halmi, J. J. López-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating Disorders* (pp. 420-422). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Forsén Mantilla, E. (2017). Fatal attraction: The relationship between patients and their eating disorders, an interpersonal and attachment perspective. [Doctoral dissertation, Karolinska Institutet, Solna].
- Forsén Mantilla, E., Birgegård, A., & Clinton, D. (2017). Factor analysis of the adolescent version of the Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q): results from Swedish general population and clinical samples. *Journal Of Eating Disorders*, 5(1). doi: 10.1186/s40337-017-0140-8
- Forsén Mantilla, E. F., Bergsten, K., & Birgegård, A. (2014). Self-image and eating disorder symptoms in normal and clinical adolescents. *Eating Behaviors*, 15, 125–131.

- Forsén Mantilla, E., & Birgegård, A. (2015). The enemy within: the association between self-image and eating disorder symptoms in healthy, non help-seeking and clinical young women. *Journal Of Eating Disorders*, 3(1). doi: 10.1186/s40337-015-0067-x
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383–396.
- Isomaa, R., Isomaa, A., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R., & Björkqvist, K. (2009). The prevalence, incidence and development of eating disorders in finnish adolescents-a two-step 3-year follow-up Study. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 199-207.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H., Linna, M., Raevuori, A., Sihvola, E., & Bulik, C. et al. (2008). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine*, 39(5), 823-831. doi: 10.1017/s0033291708003942
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., et al. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1259–1265. doi: 10.1176/ appi.ajp.2007.06081388
- Klein, D.A., & Walsh, B.T. (2004). Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiology & Behavior*, 81, 359-374.
- Klump, K. L. (2003). Psychological Aberrations: Cause and Consequence? In M. Maj, K. Halmi, J. J. López-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating Disorders* (pp. 209-212). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Lavender, J. M., Brown, T. A., & Murray, S. B. (2017). Men, muscles, and eating disorders: An overview of traditional and muscularity-oriented disordered eating. *Current Psychiatry Reports*, 19, 1–6.
- Lindvall-Dahlgren, C., Wisting, L., & Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal Of Eating Disorders*, 5(1). doi: 10.1186/s40337-017-0186-7

Mitchell, J.E. (2009) Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders.

American Journal of Psychiatry 166, 1342-1346.

Monell, E., Högdahl, L., Mantilla, E. F., & Birgegård, A. (2015). Emotion dysregulation,

self-image and eating disorder symptoms in university women. *Journal of Eating*

Disorders, 3,1-11.

Nevell, P., & Sohlberg, S. (1999). *Introduktion till interpersonell teori och terapi, särskilt*

enligt SASB. Opublicerat manuskript, Uppsala universitet, Uppsala.

Runfola, C. D., Thornton, L. M., Pisetsky, E. M., Bulik, C. M., & Birgegård, A. (2014). Self-image and suicide in a Swedish national eating disorders clinical register.

Comprehensive Psychiatry, 55, 439-449.

Språkdata (2003). Norstedts Svenska Ordbok.

Stice, E. & Shaw, H. (2004). Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic

Review. *Psychological Bulletin*, 130(2), 206-227.

Treasure, J., Duarte, T., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227),

899-911. doi: 10.1016/s0140-6736(20)30059-3

Welch, E., Birgegård, A., Parling, T., & Ghaderi, A. (2011). Eating disorder examination

questionnaire and clinical impairment assessment questionnaire: General population and

clinical norms for young adult women in Sweden. *Behaviour Research and Therapy*, 49,

85-91.

Bilagor

Bilaga 1.

EDE-Qⁱ

Instruktioner: Följande frågor handlar enbart om de senaste fyra veckorna (28 dagar). Var vänlig läs varje fråga noga. Vänligen besvara alla frågorna. Tack.

Frågor 1-12: Var vänlig ringa in lämplig siffra till höger om respektive fråga. Kom ihåg att frågorna enbart gäller de senaste 4 veckorna (28 dagar).

Under hur många av de senaste 28 dagarna...	Inga dagar	1-5 dagar	6-12 dagar	13-15 dagar	16-22 dagar	23-27 dagar	varje dag
1) Har du avsiktligt <i>försökt</i> att begränsa mängden mat du äter i syfte att påverka din vikt eller figur (oavsett om du har lyckats eller ej)?	0	1	2	3	4	5	6
2) Har du låtit bli att äta någonting alls under långa perioder (8 timmar eller mer, under din vakna tid) i syfte att påverka din vikt eller figur?	0	1	2	3	4	5	6
3) Har du <i>försökt</i> att undvika att äta någon mat som du gillar, i syfte att påverka din vikt eller figur (oavsett om du har lyckats eller ej)?	0	1	2	3	4	5	6
4) Har du <i>försökt</i> att följa bestämda regler avseende ditt ätande (t.ex. en kalori gräns) för att påverka din vikt eller figur (oavsett om du har lyckats eller ej)?	0	1	2	3	4	5	6
5) Har du haft en klar önskan att vara <i>tom</i> i magen med målet att påverka din vikt eller figur?	0	1	2	3	4	5	6
6) Har du haft en stark önskan om att din <i>mage</i> ska vara <i>helt platt</i> ?	0	1	2	3	4	5	6
7) Har tankar om <i>mat, ätande eller kaloriinnehåll</i> lett till svårigheter för dig att koncentrera dig på saker du är intresserad av (t.ex. att arbeta, följa ett samtal eller läsa)?	0	1	2	3	4	5	6
8) Har tankar om <i>vikt eller figur</i> försämrat din koncentration för saker du är intresserad av (t.ex. att arbeta, följa ett samtal eller läsa)?	0	1	2	3	4	5	6
9) Har du haft en klar rädsla för att tappa kontrollen över ditt ätande?	0	1	2	3	4	5	6
10) Har du haft en klar rädsla för att gå upp i vikt?	0	1	2	3	4	5	6
11) Har du känt dig tjock?	0	1	2	3	4	5	6
12) Har du haft en stark önskan att gå ner i vikt?	0	1	2	3	4	5	6

Frågor 13-18: Vänligen skriv lämplig siffra till höger om frågan. Kom ihåg att frågorna bara gäller de senaste 4 veckorna (28 dagar)

Under de senaste 4 veckorna (28 dagar)...

- 13) Under de senaste 28 dagarna, *hur många gånger* har du ätit vad andra skulle betrakta som en *ovanligt stor mängd mat* (givet omständigheterna)? _____
- 14) Under hur många av de här tillfällena hade du en känsla av att du har tappat kontrollen över ditt ätande (under tiden du höll på att äta)? _____
- 15) Under hur många av de senaste 28 *dagarna* inträffade sådana episoder av överätning (dvs. då du ätit en ovanligt stor mängd mat *och* du hade en känsla av kontrollförlust under tiden du åt)? _____
- 16) Under de senaste 28 dagarna, hur många *gånger* har du tvingat dig själv att kräkas som ett sätt för att kontrollera din vikt eller figur? _____
- 17) Under de senaste 28 dagarna, hur många *gånger* har du tagit laxermedel som ett sätt för att kontrollera din vikt eller figur? _____
- 18) Under de senaste 28 dagarna, hur många *gånger* har du tränat på ett överdrivet eller tvångsmässigt sätt för att kontrollera din vikt, figur, mängden fett eller för att bränna kalorier? _____

Frågor 19-21: Vänligen ringa in lämplig siffra. Notera att ordet "hetsätning" i dessa frågor betyder det som andra i din ålder och av ditt kön skulle betrakta som en ovanligt stor mängd mat för omständigheterna samtidigt förenad med känsla av kontrollförlust över ätandet.

19) Under hur många av de senaste 28 dagarna, har du ätit i hemlighet (dvs. i smyg)? ...Bortse från episoder av hetsätning	Inga dagar 0	1-5 dagar 1	6-12 dagar 2	13-15 dagar 3	16-22 dagar 4	23-27 dagar 5	varje dag 6
20) Vid hur stor del av de gångerna som du har ätit har du känt skuld (känt att du har gjort något fel) på grund av påverkan på din vikt eller figur? ...Bortse från episoder av hetsätning	Ingen gång 0	Några få gånger 1	Mindre än hälften 2	Hälften av gångerna 3	Mer än hälften 4	De flesta gånger 5	Alla gånger 6
21) Under de senaste 28 dagarna, hur bekymrad har du varit över att andra ska se dig äta? ...Bortse från episoder av hetsätning	Inte alla 0	Lite 1	Grand 2	lite grand 3	Måttligt 4	Måttligt 5	Märkbart 6

Frågor 22-28: Ringa in den siffra till höger om respektive fråga som är lämplig. Kom ihåg att frågorna gäller bara de senaste 4 veckorna (28 dagar)

Under de senaste 28 dagarna:	Inte alls 0	1	Lite grand 2	3	Måttligt 4	5	Märkbart 6
22) Har din <i>vikt</i> (siffrorna på vågen) påverkat hur du tänker om (bedömer) dig själv som person?	0	1	2	3	4	5	6
23) Har din <i>figur</i> påverkat på hur du tänker om (bedömer) dig själv som person?	0	1	2	3	4	5	6
24) Hur upprörd skulle du bli om du skulle bli ombedd att bara väga dig en gång i veckan (varken mer eller mindre ofta) under de kommande fyra veckorna?	0	1	2	3	4	5	6
25) Hur missnöjd har du varit med din <i>vikt</i> (siffrorna på vågen)?	0	1	2	3	4	5	6
26) Hur missnöjd har du varit med din <i>figur</i> ?	0	1	2	3	4	5	6
27) Hur illa till mods har <i>du</i> känt dig när du har tittat på din kropp (t.ex. i spegel, i affärernas skyltfönster, vid klädbyte eller när du har tagit en dusch eller ett bad)?	0	1	2	3	4	5	6
28) Hur illa till mods har du känt dig när <i>andra</i> har sett din kropp (t.ex. i omklädningsrum, när du har simmat eller haft åtsittande kläder)?	0	1	2	3	4	5	6

Hur mycket väger du nu? (Försök göra en så bra uppskattning som möjligt)

Hur lång är du? (Försök göra en så bra uppskattning som möjligt)

För kvinnor: Under de senaste 3-4 månaderna har du missat någon mensperiod?

Om Ja, hur många? _____

Har du ätit p-piller under de senaste 3-4 månaderna? _____

ⁱ Svensk översättning och bearbetning av Ata Ghaderi och Elisabeth Welch, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, 2008. Vid all publikation måste följande referenser anges:
Fairburn, C. G., & Beglin S. J. (2008). Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn, Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders, New York: Guilford Press.
Welch, E., Birgegård, A., Parling, T., & Ghaderi, A. (2011). Eating Disorder Examination Questionnaire and Clinical Impairment Assessment Questionnaire: General population and clinical norms for young adult women in Sweden. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 85-91.

Bilaga 2.

Forskningsnr: _____

INSTRUKTIONER

Var vänlig och sätt ett "X" i den kolumn som bäst beskriver hur dina matvanor, din träning eller hur du känner kring ditt ätande, din figur eller vikt har påverkat ditt liv UNDER DE SENASTE 28 DAGARNA. Tack.

	Under de senaste 28 dagarna, i vilken utsträckning har ...dina matvanor ...din träning ...eller hur du känner kring ditt ätande, din figur eller din vikt...	Inte alls	Lite	Ganska mycket	Mycket
1	...gjort det svårt för dig att koncentrera dig?				
2	...fått dig att bli självkritisk?				
3	...hindrat dig från att umgås/gå ut med andra?				
4	...påverkat din arbetsprestation (om relevant)?				
5	...gjort dig glömsk?				
6	...påverkat din förmåga att fatta vardagliga beslut?				
7	...stört måltider med familj och vänner?				
8	...gjort dig upprörd?				
9	...fått dig att skämmas över dig själv?				
10	...gjort det svårt att äta ute tillsammans med andra?				
11	...fått dig att känna skuld känslor?				
12	...hindrat dig från att göra saker du tidigare brukade tycka om att göra?				
13	...gjort dig tankspridd?				
14	...fått dig att känna dig misslyckad?				
15	...negativt påverkat dina relationer till andra?				
16	...fått dig att oroa dig?				

CIA version 3.0 (Copyright Bohn and Fairburn, 2008)

Svensk översättning och bearbetning av Elisabeth Welch och Ata Ghaderi, Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet, 2007.

Bilaga 3.

Forskningsnr: _____ (I)

SASB Introjekt

Detta formulär innehåller frågor om hur Du ser på Dig själv. Var snäll och svara så uppriktigt som möjligt på frågorna. Det bästa svaret är ofta det första som Du kommer att tänka på. Det finns inga svar som är "rätt" eller "fel". Det är vad Du själv tycker som är det viktiga.

Använd denna skala när Du gör Dina skattningar:

Stämmer inte alls										Stämmer helt	
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

En skattning upp till och med 40 betyder "stämmer ej", en skattning på 50 eller mer betyder "stämmer".

	Stämmer inte alls										Stämmer helt	
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
1. Jag bryr mig inte om mig själv, glömmer att utveckla mig själv och det jag är bra på.												
2. Jag tar hand om mig själv, tar noggrant reda på vad jag behöver.												
3. Jag släpper taget och bara dagdrömmer istället för att göra det jag egentligen skulle behöva göra för mig själv.												
4. Jag låter viktiga frågor, beslut, tankar och möjligheter glida förbi utan att bry mig så mycket.												
5. Eftersom jag känner till både mina starka och svaga sidor låter jag mig själv helt enkelt vara den jag är.												
6. Jag tillåter mig att vara glad och nöjd med mig själv som jag är.												
7. Jag anklagar och kritiserar mig själv tills jag skäms och känner mig dålig.												
8. Jag övar och arbetar på att utveckla mig själv och saker som är bra att kunna.												
9. Jag älskar och tycker väldigt mycket om mig själv.												
10. Jag tar naturligt hand om mig själv och ser till att jag har vad jag behöver.												
11. Arg och brutalt avfärdar jag mig själv som värdelös och struntar i vad som händer med mig.												
12. Jag struntar i mig själv, orkar inte lära känna mig själv.												
13. Jag njuter av mig själv, mår väldigt bra av att vara med mig själv.												
14. Jag är mycket noga med att bevaka och hålla mig själv tillbaka.												
15. Jag kontrollerar och styr mig själv enligt de mål jag satt upp för mig.												
16. Jag låter mig själv mörda, döda, förstöra och utplåna mig själv.												
17. Jag sliter ut, överbelastar och plågar mig själv.												
18. Ömt och varsamt ger jag mig själv en 'klapp på axeln' just därför att jag mår så bra med mig själv.												

